Comisión de Especial sobre adicciones, consecuencias e impacto en la sociedad uruguaya
S/C

Versión Taquigráfica N° 385 de 2010

SEÑOR DAMIÁN RAPELA CARTELLE
ver exposición

COLEGIO DE ABOGADOS DEL URUGUAY
ver exposición

DOCTOR DIEGO CAMAÑO
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 9 de diciembre de 2010

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señores Representantes Daisy Tourné y Gerardo Amarilla.
MIEMBROS:	Señores Representantes Julio Bango, José Bayardi, Jorge Caffera, Carlos Coitiño, Pablo Díaz Angüilla, Juan Carlos Ferrero y Daniel Radío.
INVITADOS:	Señor Damián Rapela Cartelle.
	Por el Colegio de Abogados del Uruguay, doctores Hoenir Marcel Sarthou y Jorge Pablo Pereira Schurmann.
	Doctor Diego Camaño.

SEÑOR PRESIDENTE (Amarilla).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión da la bienvenida al doctor Damián Rapela Cartelle. Comentamos que esta Comisión fue creada por la Cámara de Representantes a los efectos de realizar un informe sobre las adicciones y el impacto que están teniendo en la sociedad uruguaya. Hace ya unos meses que nos venimos dedicando a recibir delegaciones tanto del ámbito público como privado. Sabemos que su experiencia personal va a enriquecer nuestro trabajo.

Con mucho gusto, le cedemos la palabra.

SEÑOR RAPELA.- Muchas gracias por sus palabras y por recibirme y dedicarme su tiempo. Para mí es muy importante estar acá.

Hace treinta años atrás era bancario, adicto y alcohólico severo. Recibí el primer tratamiento para adicciones con el modelo americano que hubo en Uruguay. En el momento en que el médico tratante, el doctor Cortinas, me dio el alta, me dijo que venía de estudiar tratamientos en Estados Unidos y que en ese país la mayoría del personal de salud de los centros de atención en adicciones eran adictos que habían hecho la rehabilitación y luego una capacitación, y me preguntó si yo estaba dispuesto a estudiar. Le dije que por supuesto que sí. Estaba cansado de los tratamientos fracasados, de que me hicieran propuestas que sabía que no iban a funcionar. Viví mucho tiempo adentro de los psiquiátricos y veía cómo sufrían los adictos. Me gustó la idea, e inicié un proceso de capacitación con equipos médicos. Decidimos fundar, con el doctor Cortinas, la primera clínica que hubo en Uruguay para el tratamiento de adicciones, la Clínica CREA, Fundación Jellinek. Fue fundada en 1987 en las calles Fernández Crespo y Asunción, y logramos abrirla con el apoyo de algunas empresas uruguayas y la Embajada de Canadá; tenía capacidad para trece camas. Por razones económicas y porque no era el momento ideal para una clínica con internación nos fuimos dando cuenta de que el hecho de la internación no mejoraba sensiblemente el resultado del tratamiento tuvimos que cerrarla y pasamos a trabajar en ambulatorio.

En 1993, a raíz de un congreso de medicina interna que se realizó en Uruguay, conocí a la Presidenta de la Asociación Americana de Drogadicción, la doctora Anne Geller. Conoció mi trabajo y me dijo que yo tenía que ir a Estados Unidos. Le dije que no tenía plata para ir a estudiar allá, y me dijo que eso no era problema. Me fui a Estados Unidos y estuve estudiando en la Universidad de New Jersey durante los cursos de verano; hice una pasantía en el Saint Lukes Roosevelt Hospital de Manhattan y el Smithers Treatment Center también de Manhattan. Desde hace veintiocho años estoy trabajando con adictos en forma prácticamente particular. Con el doctor Cortinas y la Clínica CREA a hacemos algunas cosas pero muy puntuales.

Quiero aclarar que el título que yo tengo, que en Uruguay no existe, es el de consejero en adicción. En Estados Unidos es una carrera universitaria de cuatro años que acá no existe. En la Clínica CREA nosotros dimos cursos de formación de cuatro años para consejeros de los que egresaron cuatro. Salvo uno, están todos sin trabajar.

Traje algo escrito que tiene que ver con la historia de las drogas y lo voy a dejar a la Comisión. En lugar de leerlo voy a comentarlo para ahorrar tiempo.

Las drogas han estado con el hombre desde que el hombre es hombre, y le han causado problemas al hombre desde que hay conocimiento. La Biblia ya hablaba de los peligros de la marihuana y del alcohol. No tenemos que conocer mucho del tema para saberlo. Por ejemplo, Nerón prendió fuego a Roma alcoholizado. Ahora se nos mueren quinientos muchachos todos los años en accidentes de tránsito debido solo a la presencia de alcohol. Digo esto porque aspirar o pretender erradicar el fenómeno de la drogadicción es una utopía. Creo que lo único que podemos hacer es tratar de minimizar los impactos. En ese sentido tal vez vaya en contra de mi actividad, creo que donde hay que hacer el mayor esfuerzo es en la prevención, desde la escuela y no ya en el liceo, porque los liceales a su edad hace rato que conocen las drogas; mi hijo cuando tenía nueve años (ahora tiene treinta y dos) ya conocía la marihuana.

En países donde se ha encarado la prevención, dio resultado; el problema es que no es mensurable. Por ejemplo, uno va a los grupos de autoayuda en Estados Unidos y los promedios de edad de los alcohólicos está entre los veintiocho y cuarenta años; en cambio, el promedio de edad de Alcohólicos Anónimos en Uruguay está entre más de cuarenta y cincuenta años. En Estados Unidos este tema es materia en las escuelas, en las universidades y está permanentemente en la televisión.

Por otra parte, existen algunas personas que para sobrellevar momentos de la vida necesitamos drogas, por una u otra razón, ya sea psicológica, biológica, social, familiar e, inclusive, laboral. Y ahí es donde se requiere la presencia de quienes trabajamos en este tema y de toda la sociedad, porque el fenómeno de la drogadicción generalmente se tiende a focalizar en los políticos, para que elaboren las leyes, y en el personal de salud, que debe recibir al adicto cuando ya está hecho paté. Por ejemplo, en este país la familia no tiene información de cómo manejarse si tuviera que enfrentar un problema de drogadicción.

Asimismo, los mensajes que enviamos por los medios de difusión son extremadamente contradictorios. Estamos diciendo a un receptor que si quiere ser bonito, tener lindas muchachas, tiene que tomar la cerveza tal, el vermouth cual, o si quiere ser macanudo, tiene que fumar tal cosa, pero después le decimos que la marihuana, la cocaína y la pasta base son peligrosas. Señores: la droga más peligrosa de todas sigue siendo el alcohol, después del tabaco, y es la que provoca mucho más daño; a nivel biológico hay pruebas que lo

demuestran fehacientemente, psicológico, sin olvidar el daño familiar, que es tremendo. Además, el costo económico para la sociedad del consumo de alcohol es terrible, pero uno de los grandes productores de alcohol es el Estado.

Es decir, se envían mensajes muy contradictorios. Cuando hablamos de este tema tenemos que ser creíbles. No podemos focalizar en los jóvenes la drogadicción cuando el grupo etario en el que creció más el consumo de cocaína es el que va de los treinta y cinco a los cincuenta años. Estos temas, aunque a veces no parezca, inciden en la sociedad, porque esta repite el modelo de la familia. Si uno rastrea el consumo de marihuana, cocaína o pasta base en un chico, comprobará que hay un consumo adictivo original en su familia; el papá le dice que no consuma cocaína, pero llega y se toma un litro de vino, un whisky y se va dormir, y la mamá toma cuatro pastillas para no pelear con el padre. Entonces, hasta que no seamos creíbles este tema será grave.

Hay una cuestión que está absolutamente tapada y tiene que ver con las benzodiacepinas, que constituyen un problema nacional de salud y nadie habla de ellas. No soy médico; durante muchos años sufrí la ignorancia de los médicos, aunque comprendo que un profesional no puede atender bien a diez pacientes en una hora y media. Una persona que llega a consultar con un trastorno emocional necesita, por lo menos, treinta o cuarenta minutos, por una razón práctica. La persona que llega desbordada, primero, necesita desagotar y hablar para después escuchar, y a partir de ese momento uno puede hacer un diagnóstico e indicar una conducta terapéutica. Esto no se hace en diez minutos. ¿Qué alternativa queda al profesional que debe tratar a alguien que está absolutamente desbordado por ansiedad, por consumo de drogas y tiene diez minutos para atenderlo? Es imposible. ¿Qué hacemos? Lo obligamos a ir al sistema privado, que es inaccesible para gran parte de la población.

La señora Diputada Tourné me dijo que tal vez harían alguna pregunta acerca de la legalización. Me permití traer algo escrito, porque no soy orador se habrán dado cuenta que me cuesta hablar, que estoy medio asustado, para compartir y discutir.

Quiero hacer dos precisiones.

En primer lugar, si descomponemos etimológicamente la palabra adicto, es sinónimo de esclavitud.

En la antigua Roma se le llamaba "adictum" a aquellas personas que habiendo tenido una importante posición social, la habían perdido y caído a la categoría de esclavos.

En segundo término, el consumo excesivo o compulsivo está muy relacionado a la parte destructiva de la personalidad del individuo y, en especial, del adicto. Por lo tanto, podemos decir que su objetivo en la vida es el suicidio. Y también, omnipotentemente, cada vez que consume y no se muere, le ganó a la muerte. Es básicamente un proyecto de muerte.

Sería extremadamente omnipotente de mi parte sentenciar si corresponde legalizar o no el uso y comercialización de drogas hoy ilegales. Fundamento este pensamiento en el hecho de que por mi formación puedo opinar solo sobre los aspectos humanísticos de este fenómeno. No tengo la capacidad para hacerlo desde el aspecto cultural, social y económico que este tema implica.

Voy a poner un ejemplo. Uno escucha discursos de importantes personalidades de países de Latinoamérica que están proponiendo campañas para erradicar las plantaciones de coca y, por otro lado, se sabe que si dejan de exportarla, el Producto Bruto Interno cae un 50%. No entiendo esas cosas.

Me voy a enfocar en el aspecto humanístico; yo puedo opinar sobre el adicto y su entorno. La droga es una mercadería que proporciona un gran lucro, y no solo económico. Mundialmente es el caballito de batalla de infinidad de campañas políticas que intentan captar la atención de aquellos que por desconocimiento creen, por ejemplo, que la pasta base acarreará la destrucción de la sociedad, que se debe buscar una forma de llegar a los jóvenes. Entonces, una parte importante de la población nos encontramos necesitados de soluciones mágicas y somos propensos a tomar propuestas que no son del todo serias.

Como manifesté anteriormente, las drogas han existido siempre. Los problemas relacionados a ella, también. Y con libertad o con restricciones siguen provocando grandes problemas y discusiones. Para muestra alcanza

un botón. Las drogas que ocasionan más daño al individuo en nuestro país, son las legales y no las ilegales. El principal problema en la antigua Roma era el alcohol.

Escuchamos que se plantea la legalización como solución a muchos de los problemas que ocasiona el consumo. Para evitar caer en el moralismo, nos pasamos a una forma adaptativa y, en una actitud profundamente psicopática en algunos casos, manifestamos que con la legalización se eliminarán la mayoría de los problemas. Con las drogas ilegales o algunas de ellas acabaremos con la violencia y la delincuencia que son producto de la ilegalidad. Solamente alguien que tiene la mirada muy corta o un desconocimiento profundo del tema puede plantear algo así.

Tomemos como ejemplo la pasta base. No vamos a negar que las drogas estimulantes potencializan los aspectos violentos de la personalidad. Pero no es la pasta base la que hace violento al consumidor, sino que es a la inversa. La droga le facilita exteriorizar la violencia recogida durante toda su vida por múltiples razones. La violencia está instalada en el individuo, y la droga es el medio por el que la expresa. Y si no es la pasta base, será otra.

Yo tengo pocos, pero tengo pacientes consumidores de pasta base que han tenido relativamente buenas posibilidades de adaptarse a la sociedad antes de su consumo y que durante el consumo no han tenido problemas sociales y legales como los que frecuentemente tienen aquellos pertenecientes a contextos más carenciados.

Eliminaremos el delito. ¿De qué se está hablando? ¿No vemos o nos olvidamos que una parte muy importante del tabaco que se consume en el país proviene del delito? Gran parte del alcohol que se consume proviene del delito. En puestos instalados en las ferias de la periferia de la ciudad se puede conseguir cualquier tipo de medicación y, además es el lugar donde se abastece la mayor parte del sector carenciado de la sociedad. ¿Esa medicación no viene del delito? ¿Una ley podrá cambiar los efectos psicológicos y/o biológicos que provocan las drogas? Las drogas legales tienen efectos devastadores en el Uruguay de hoy.

Algo que hemos escuchado es que la ley seca fracasó en los Estados Unidos. Creo que hacer este tipo de sentencias no ayuda. A mi entender debemos cambiar las condiciones que llevan a que una sociedad necesite del consumo de drogas. De lo contrario, con legalización o sin ella, el problema igual va a estar.

Creo que el esfuerzo mayoritario de toda la sociedad, no solo de los políticos y de los actores de la salud, debe focalizarse en contrarrestar la deshumanización creciente a la robotización, a la estupidización que aporta un programa televisivo que te dice cómo y cuándo tenés que aplaudir. El hombre moderno está sometido a los mensajes perversos de una sociedad consumista en la que se prioriza lo que se tiene sobre lo que se es, y donde se valora lo que aparenta el ser y no los valores humanos que se puedan poseer.

Otros hablan de libertad de elección. Como decía anteriormente, el consumo no social es un proyecto suicida. Ningún profesional serio deja librada la elección del destino de su vida a un potencial suicida. Si en su momento, aquellos que me atendieron hubieran pensado como hoy piensan algunos, yo estaría muerto varias veces. Fomento y apoyo la libertad de elección para quien la posee, pero no para quien se ha vuelto un esclavo o dependiente de una sustancia letal. Trabajo a brazo partido todos los días para que unos pocos puedan cambiar ese proyecto de muerte por uno de vida. Soy acérrimo defensor del libre pensamiento. Respeto a quienes quieren tener otra visión del problema, pero debo alertar en cuanto a que detrás de muchos de los elocuentes discursos legalizadores se esconde una gran psicopatía dirigida a la estupidización del individuo y a muchos otros beneficios colaterales.

Cuando hablamos de legalización ¿a qué nos referimos? ¿Al cuentito de la plantita en la maceta que me quieren vender? No me lo compro. Todos sabemos que nuestra sociedad está plagada de leyes bien intencionadas, estableciendo normas y controles donde ustedes, los legisladores, pusieron el más sincero de sus esfuerzos y el resultado es que no siempre se cumple por falta de reglamentación, fondos o control. Ejemplo: la venta de alcohol y cigarrillos a menores.

Pero ¿acaso el consumo no está legalizado? ¿Lo que queremos legalizar es la producción y la comercialización? Yo me pregunto: ¿a quiénes les interesa legalizar la producción y la comercialización? ¿La tarea la realizará el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca o el Ministerio de Salud Pública? ¿Los narcotraficantes permitirán, bonachonamente, que se les esfume el negocio de las manos? ¿O aquellos que hoy vemos como la lacra peor de nuestra sociedad pasarán a ser respetados empresarios? Los adictos que hoy

delinquen para consumir ¿van a dejar de hacerlo? ¿Mágicamente van a empezar a trabajar para pagar su consumo o el Ministerio de Salud Pública, a través de los impuestos que todos pagamos, les proveerá la droga? ¿Quién se va a encargar del control de la producción?

Señores: debo manifestarles con profunda impotencia que todos los argumentos que he escuchado hasta hoy no me resultan creíbles.

Para finalizar y quedar a vuestra disposición el tiempo que ustedes entiendan conveniente, voy a apropiarme de unas palabras del doctor Kalina, un conocido psiquiatra y psicoanalista argentino de larga trayectoria en el tratamiento de las adicciones: “El conocimiento que tenemos acerca de la patología psicopática, componente central de esta problemática que estamos padeciendo, nos obliga a no ser ingenuos y conceder legitimidad a esta moderna versión de esclavitud; recordemos que adicto significa esclavo; es una claudicación inaceptable para aquellos que tenemos una ética humanista como ideología que sustenta nuestra militancia por este mundo, concepción que significa un profundo amor por la naturaleza, por los seres vivos y por todo lo que la ciencia y la tecnología aporta a la VIDA. Así con maýuscula: La Vida”.

Eso es todo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias.

SEÑOR FERRERO.- Usted mencionó la benzodiacepina, que es muy importante.

En las reuniones que hemos tenido siempre se habla de la pasta base, de la cocaína, de la marihuana, pero no de esta droga. Quisiera saber si tiene algunos datos del consumo de benzodiacepina que, junto con el alcohol o potenciado por este, debe ser una de las principales drogas que se utilizan.

SEÑOR RAPELA.- Acá no tengo; hay datos de otros países. El problema de las benzodiacepinas es mundial, no solo del Uruguay ni de Latinoamérica.

Me voy a referir solamente al Diazepam, que es una de las benzodiacepinas. En Estados Unidos, durante las décadas del ochenta y del noventa, el 80% de la población había tomado Diazepam por lo menos una vez en el año.

No quiero ser descalificador. Hace muchos años que estuve ligado a la Junta Nacional de Drogas en forma totalmente honoraria, con distintos Gobiernos, y sé que todos hicieron un gran esfuerzo por tratar de aportar algo a este tema. Creo que esta Junta y la anterior, con Milton Romani, está tratando de hacer buenas cosas, pero los datos estadísticos en general, a mi entender, hay que tomarlos con cierta precaución. Yo no conozco ningún adicto que diga la verdad.

Cuando el tipo entra a mi consultorio le pregunto: “Viejo, ¿cuánto consumís? Entonces, si me contesta: “Tres”, le digo: “Mirá que yo lo voy a multiplicar por cuatro. Pensá bien lo que me decís”. Entonces, ahí empezamos a conversar y al mes me está contando la verdad. Pero es distinto si yo voy con un papelito a preguntarle: “¿Cuánto consumiste?” A esa respuesta no le tengo mucha confianza.

Más allá de eso, hay algo que puede parecer muy profano. Cualquiera de nosotros que vaya a la sociedad médica y se ponga en la fila de la farmacia donde se expenden los medicamentos, verá que el 50% de los que están en la fila tienen receta verde, recetadas a diestra y siniestra. Hay profesionales de la salud, que no son médicos, que tienen otras profesiones dentro de la salud y que recetan opiáceos. ¡Eso es muy grave!

En China, para recetar una benzodiacepina o un opiáceo, hay que tener tres años de psiquiatra y contar con el aval de un profesor; de lo contrario, no se puede dar, y acá los recetamos como pan.

El problema es que el 50% de la población que está manejando, tiene benzodiacepinas en el cuerpo, y le hacemos controles de alcohol. Es verdad, pero ¿y de las otras drogas?

Hasta el año pasado tuve un paciente que consumía cocaína, el famoso “nevado”, que es un porro con merca arriba, y pega que te parte la cabeza. El paciente era chofer de una empresa interdepartamental y andaba olímpico. ¡Claro, él no consumía alcohol! Cuando le hacían los controles le daba cero.

Este es un problema muy grave. Se muere mucha gente debido a los accidentes, a los suicidios, a los delitos y a la violencia doméstica. La incidencia de alcohol en la violencia doméstica es brutal.

SEÑOR PRESIDENTE.- En virtud de su experiencia con esta problemática y su vinculación con la Junta Nacional de Drogas en su momento, quiero preguntarle qué ocurre en el sistema educativo.

Mencionó que en Estados Unidos hay mucha formación e información en los ámbitos educativos sobre el alcohol y el resto de las drogas. ¿Qué evaluación hace sobre la información que se brinda en nuestro sistema educativo con respecto a las diferentes sustancias, legales o ilegales?

SEÑOR RAPELA.- Honestamente, no tengo un profundo conocimiento de cuál es el nivel, pero creo que es deficitario. Pero lo planteo por el lado de la inversa. Si queremos encontrar soluciones paliativas, preventivas para el problema de la drogadicción, debemos tener gente capacitada para abordar el tema.

El otro día me encontré con Fredy da Silva y me dijo: "¿Sabés que estoy empezando a dar unas clases en Facultad?" Hasta no hace mucho, acá, los egresados de las Facultad de Medicina, no estudiaban adicciones, pero se sentaban y trataban a adictos. En los países desarrollados hay que hacer un postgrado. Nadie puede tocar a un adicto si no hizo los cursos correspondientes. Acá cualquier psicólogo atiende y trata a un adicto. Disculpen que me exprese así, pero lo cierto es que cualquier psicólogo le dice a un alcoholista: "Dejá de consumir", y no tiene la menor idea de si esa persona va a hacer un síndrome de privación y se va a morir. Solo tiene el título de psicólogo. Los alcoholistas se pueden morir por dejar de tomar si no son asistidos médicamente, y resulta que acá los trata cualquiera.

Yo soy parte del sistema de salud en lo que hace a las adicciones, y creo que tenemos una carencia de formación brutal. Yo no voy a Estados Unidos desde el año 1994, si bien a través de Internet estoy en contacto con hospitales y trato de estar al día, y esta doctora me mantiene informado. En este tema, veinte años es un disparate. Una de las cosas que nos tenemos que preguntar es por qué estamos en esta situación. Les puedo asegurar, sin temor a equivocarme y sin hacer alharaca, que hoy voy a hablar con un conocido que tengo en la Embajada americana y consigo las becas que se necesiten para formar gente. Entonces, ¿por qué no se hace? Creo que deberíamos hacer esas preguntas; detrás del consumo de drogas hay otros intereses.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pido disculpas porque llegué un poquito tarde y no escuché toda tu exposición, que parece fue brillante porque dejaste a toda esta gente pensando. Está muy bien que se nos ponga en contacto con una realidad; es nuestra obligación pensar en estos problemas, aunque no lleguemos a todas las soluciones.

En este problema hay una cantidad de modalidades que a mí me presentan muchas dudas. Nos han visitado, en esta Comisión, representantes de esas distintas modalidades de recuperación de adictos, por ejemplo, a través de la fe, que por lo menos acá no han desarrollado qué metodología aplican. Hay otras modalidades que tienen que ver con comunidades terapéuticas.

Quiero hacer una pregunta con respecto a la formación, cuestión de la que hablaba el señor Rapela. ¿Qué me preocupa? Y voy a ser cruel, despojada totalmente. Me preocupa que a cada uno que se le ocurre inventar una metodología, lo hace, y ahí van los adictos. Me gustaría saber que nuestro país, a través del Ministerio de Salud Pública, con la metodología que sea, genere unas reglas mínimas para habilitar a gente a tratar adictos y para avalar determinadas metodologías. Y digo esto porque, si miramos la lista de las personas que recibimos, vemos que a esta Comisión han venido representantes de todas las modalidades, y obviamente todos hablan bien de su proyecto; no van a venir acá a decir que son un desastre. Me parece que nosotros debemos tener una visión reflexiva, crítica, y me da la impresión de que el Estado tiene una responsabilidad enorme. ¿Cómo obtienen las habilitaciones? ¿Qué pautas mínimas hay que cumplir? ¿El doctor Rapela entiende que eso es necesario o es mejor que siga existiendo este mercado?

SEÑOR RAPELA.- Estoy absolutamente de acuerdo en esto. Durante la Presidencia de la Junta del doctor Scavarelli, con quien interactué bastante, trabajaron a lo largo de dos años, los días martes, todas las instituciones que en ese momento tenían cierto prestigio en el tratamiento de adicciones, y se creó un protocolo. Y lo creamos a partir de un modelo que se utilizaba en Chile; hicimos las variaciones

que entendimos del caso, teniendo en cuenta la idiosincrasia uruguaya y nuestras posibilidades económicas. Y eso nunca más se vio; quedó ahí.

Hay un elemento que facilita la proliferación de todas estas cosas. Se debe tener en cuenta que tratar la adicción no es como sacar un apéndice. Cuando alguien atiende a diez personas a las que hay que sacarles el apéndice, sigue el mismo procedimiento en todos los casos. Pero si se atiende a diez adictos, seguramente se trata de diez casos diferentes. Entonces, si la institución tiene un modelo único de tratamiento, un montón quedarán afuera; no puede sectorizar. Por otro lado, en mi caso, solo trato diez adictos por año. Una vez un diplomático me dijo: "Usted es el mini-max: el máximo esfuerzo para el mínimo resultado". Y es verdad. Tenemos que tratar de encontrar un camino intermedio, porque acá, cuando se atiende a un adicto enseguida se le hace un diagnóstico psiquiátrico y se le receta bastante medicación.

Cuando un adicto llega a atenderse, hay tres posibilidades. Puede ser un neurótico, como podemos serlo cualquiera de nosotros, más o menos grave, que tenga la patología adicción. Si a esa persona la tratamos por adicción, se vuelve a integrar normalmente a la sociedad, de acuerdo con sus posibilidades y sus capacidades. Y puede ser una persona normal, un neurótico, más o menos grave, pero cuya enfermedad primaria, la entidad nosológica es la adicción. Uno quita la adicción y queda un tipo normal.

Otra posibilidad es que el adicto sea un enfermo psiquiátrico, y que su patología de base la haya llevado a consumir drogas. Generalmente, en estos casos, tratando bien la patología de base, el consumo desaparece.

El tercer caso el más grave de todos, es cuando conviven las dos patologías. En Uruguay esa gente se muere, no tiene tratamiento. Además, no hay más de cinco psiquiatras capacitados para hacer ese diagnóstico.

El diagnóstico que se hace acá es terrible; perdonen que me exprese así. Acá escuchamos decir que todos los alcoholistas son depresivos. Las estadísticas mundiales dicen que solamente entre el 7% y el 10% de los alcoholistas son depresivos. ¿Qué pasa? Un alcoholista llega a la consulta con veinte años de consumo de una droga que es tremendamente depresora, con un destrozo terrible de todo su sistema personal, individual y familiar. ¿Cómo no va a estar deprimido? Y si le recetamos veintitrés marcas de drogas más, complicamos diez veces más el problema. Lo que se debe hacer en esos casos es sacarle el alcohol, dejarlo sin droga, y ver qué queda para hacer un diagnóstico. Si uno va a alcohólicos anónimos, hay un montón de rayados, pero hay mucha gente que anda fenomenal y la depresión no existe. He escuchado que se hacen diagnóstico que van desde esquizofrenia hasta lo que quieran. Por ejemplo: alguien estuvo cinco veces internado en sanatorios psiquiátricos, tiene una colección de diagnósticos. Sin duda, normalito no es, pero de ahí a una esquizofrenia, está un poco lejos. Tiene familia, fue gerente de banco, dos veces hizo la carrera de banco, primero la perdió por el alcohol y luego la hizo nuevamente. Sin embargo, el DSM IV se lo aplicaron todo.

El problema de la drogadicción es serio, pero también la formación es deficiente.

Para tratar la drogadicción se requiere de equipos multidisciplinarios que encarecen el problema, además, es un tratamiento a largo plazo. Esta no es cualquier patología orgánica en la que uno está internado dos días en la sociedad y mejora. Primero hay que lograr que el adicto pueda estar sin consumir. Luego, hay que darle herramientas para que pueda aprender a vivir sin consumir porque si no recae. Además, no todos los adictos son iguales.

Tuve un caso que hasta hoy me duele contarlo. Me llaman de la Facultad de Odontología para informarme que a una persona le estaban rehaciendo el maxilar inferior, superior y paladar. Resulta que le habían pegado un balazo y había perdido los dos maxilares y el paladar. No hablaba, comía por medio de una sonda, era de un barrio marginal y consumidor de pasta base. Había intentado robar al distribuidor y este le había pegado un tiro. Por supuesto que él no lo podía denunciar porque lo mataban. Iniciamos un tratamiento y empezó a andar bien. La verdad es que yo tenía dudas, pero empezó a andar bien. Estuvo aproximadamente dos meses viniendo a mi consultorio hasta que un día dije: "Este gurí se me desparrama porque no tiene sustento". No tenía nada atrás. Entonces le dije a mi mujer: "Sabes que este gurí se me hace pelota, necesito conseguirle un laburo". Me dijo que iba a hablar con alguien que le podría dar un puesto en el supermercado. Y así fue. Estaba feliz, vendía verduras, hablaba con la gente, nunca había hecho eso. Cuando iba a cobrar el primer sueldo le dije: "Ojo cuando vayas a cobrar, te la vas a reventar". Nunca había agarrado $ 5.000. Salió expreso.

El problema no fue ese sino que cuando llegó a la casa drogado, el padre llamó al supermercado diciendo cómo habían tomado a un "hijo de puta que bla, bla, bla". El del supermercado me llamó y me dijo de todo.

Ese muchacho está desaparecido, no se sabe qué pasó con él.

Entonces, para sacarle la droga a alguien hay que darle algo a cambio. En general trato a personas que cuando uno le saca la droga tienen un continente atrás; tienen trabajo, algún familiar que lo soporta, la mujer lo banca, tiene interés por hacer algo. Pero los gurises que consumen pasta base, que desafortunadamente ha pegado en un sector de la población, no tienen nada atrás. Si dejan de consumir no solo pierden la droga, que es muy importante para el adicto, sino que además pierden su grupo de pertenencia y se convierten en traidores del barrio; pasan a ser buchones.

En este país, los adictos a la pasta base están sentenciados, salvo que tomemos medidas. Creo que es el único caso en que se justifica una internación a largo plazo. ¿Qué quiero decir? Primero hay que sacarle la droga y, después, que en un medio donde pueda rehabilitarse, logre cierta formación donde al momento de salir pueda decir: "No; es mejor este camino que este otro". De lo contrario, está condenado. En los otros casos, creo totalmente injustificado que se meta a una persona y se le haga perder el trabajo por un año, porque según nuestra experiencia eso no cambia el resultado del tratamiento.

SEÑOR RADÍO.- El invitado ha dicho algunas cosas que me movilizan bastante. Por otro lado, en muchos aspectos coincido y en otros no.

Habitualmente se dice que los alcoholistas son depresivos y que la gente consume porque tiene una angustia de base, descartándose la posibilidad de que el consumo sea por opción. También se consumen sustancias y no creo que la base de ese consumo sea la angustia. Las sustancias psicoactivas traen aparejado consecuencias deletéreas, pero también tienen de las otras, porque si no nadie consumiría.

Con respecto a la afirmación hecha de que lo primero que hay que conseguir es la abstinencia, tengo mis dudas. ¿Hay que estar sin consumir? ¿Es obligatorio estar sin consumir? ¿No existen posibilidades de consumo no problemático de sustancias psicoactivas, excluyendo la pasta base o algunos otros venenos que andan en la vuelta? Siempre nos centramos en la sustancia, que es el demonio que nos toma de sorpresa en medio de la noche y nos atrapa. Esto es como en el ajedrez: a nadie le comen el rey porque no se dio cuenta; le hacen jaque mate porque le hicieron la jugada.

Seguramente, el consumo pasa a ser problemático porque existen algunas otras disfunciones, si bien la sustancia juega un papel importante. Alguien decía que nadie es adicto a la lechuga o a la ensalada mixta, la sustancia tiene algún rol pero seguramente no es solo la sustancia.

Siempre pienso que la proliferación de múltiples alternativas entre comillas "terapéuticas", tiene que ver con muchas cosas. El problema es complejo y requiere de soluciones complejas. Entonces, cuando las soluciones son complejas, cada maestrito con su librito y ahí el problema es cómo protocolizar o instrumentar un sistema de habilitación, si efectivamente no hay respaldo académico a nivel nacional.

Quiero dejar constancia de que algunas afirmaciones hechas por el invitado son reales. Soy egresado de la Facultad de Medicina y mi primer contacto con la problemática relativa a adicciones lo tuve haciendo un postgrado de medicina familiar y comunitaria.

Otro aspecto es que, sobre todo el sistema sanitario, pero la sociedad toda, son expulsivos con respecto a los pacientes consumidores. Primero, se les etiqueta como psiquiátricos y como enfermos de la voluntad, y, segundo, se los carga de culpa. El adicto es, a priori, culpable hasta demostración de lo contrario. Como, además, está enfermo de la voluntad y no cumple con los preceptos de tratamiento que se le marcan, más culpable se lo considera y se lo expulsa. Esto no se hace con otras patologías; ya lo he mencionado. Al paciente que tiene una litiasis vesicular nadie lo echa de la consulta porque comió un huevo frito; al revés, se lo acepta y se le explica la situación. Eso no pasa con los adictos.

Hay otra afirmación que me pareció, por lo menos, polémica; me refiero a lo que dijo acerca de que los adictos a la pasta base necesitan una internación prolongada. Desde la intuición, desde la ignorancia, me parece que puede ser así en algunos casos, pero creo que tenemos problemas prácticos insalvables. Uno de

ellos es que en Uruguay hay más adictos a la pasta base que presos en los penales, y ya son muchos. Probablemente, haya 20.000 o más adictos a la pasta base hoy en Montevideo; son estimaciones, pero es probable.

Creo que se podría pensar en alternativas intermedias eso es lo que se me ocurre siempre que permitan reconvertir la vida del consumidor problemático, primero, sin estigmatizarlo, y, segundo, sin sacarlo de su medio, brindándole herramientas y colocándolo en lugares donde sea valioso. Me parece que uno de los elementos centrales es que la gente empieza a sentir que no es valiosa en ningún lado; entonces, lo único valioso es el acto de consumir, y, además, es algo placentero. De este modo, la búsqueda del consumo termina siendo la base de toda su existencia. Deberíamos tratar de lograr que el individuo, sin estar internado, recibiera apoyo interdisciplinario.

Al respecto, uno de los puntos centrales que el señor Rapela mencionó es el manejo del dinero. Estos pacientes no pueden manejar el dinero, no saben hacerlo y no tienen por qué saberlo en medio de la compulsión por consumir. Si uno pudiera generar lugares sociales en los que fueran valiosos, eso constituiría una alternativa a la internación de largo plazo que, aunque fuera la única chance a la que se pudiera recurrir, existe una imposibilidad real para instrumentarla.

SEÑOR RAPELA.- Le agradezco; tal vez en algún aspecto me puse eufórico, pero, básicamente, estoy de acuerdo con lo que el señor Diputado plantea.

Vamos a ser claros: vine con toda la idea de hablar de adicción. Yo envidio a la gente que puede tomarse un whisky. Yo no puedo, pero feliz de la gente que puede hacerlo sin que le genere un daño. Y si alguien se puede tomar una raya de “merca” porque se siente mejor con la señora un sábado de noche, está bárbaro. Yo no me opongo en absoluto a eso; no estoy con el movimiento de la templanza del año 1900 en Estados Unidos que quería abolir todo. Este es otro tema.

A todos los que consumen, generalmente ilegales, y a los alcohólicos, que ya están hechos bolsa, se les diagnostica como adictos, pero a todos los otros que están tapados, que son tan adictos como los primeros, no se los diagnostica.

Nosotros usamos el nombre Jellinek por el sociólogo húngaro que en 1942 estudió a 5.000 alcohólicos y determinó lo que se denominó fases de adicción al alcohol. Estableció que había cinco formas de consumir al alcohol, de las cuales se manejan solo tres, que son las que realmente se ven. Una de ellas es la del consumidor social, en la que puede estar incluida la gran mayoría de ustedes. La segunda etapa es la del consumidor excesivo, que es aquella persona que consume más que el promedio de la gente, pero que todavía mantiene la capacidad de consumir, que no ha perdido el control. Hasta hace 10 o 15 años, a ese consumidor excesivo no se le consideraba adicto, pero al cambiar el criterio de diagnóstico, la mayoría de los consumidores excesivos entraron en la categoría de adictos, y voy a explicar por qué.

La cuestión es que, antiguamente, para hacer diagnósticos de adicción serios tenían que darse dos síntomas biológicos: el síndrome de dependencia y la tolerancia. Al día de hoy, el diagnóstico se focaliza mucho más en cualquiera de los aspectos del ser humano. Si la persona tiene una tendencia compulsiva a consumir también en forma compulsiva una droga y eso le hace un daño biológico, psicológico o a su entorno, hay que hacer diagnóstico de adicción.

Lo que traté de plantear estaba referido a los adictos; está bárbaro que la gente pueda consumir con libertad cualquier sustancia. No me voy a voy a oponer a las benzodiacepinas; ¡son excelentes! El profesional las indica bien, pero acá hay una cultura por la cual la señora sale del psiquiatra, se encuentra con la vecina, y se produce el siguiente diálogo: “¿Te dio clonazepam? ¡No! Vos tenés que tomar cualquier otro”. Entonces, va y cambia de medicamento. Y viene otra vecina y le sugiere: “Agregale esto, que está buenísimo”. Y así terminamos armando un enorme matete. Eso pasa a diario acá. El paciente va a la farmacia y dice: “El médico me mandó tal medicamento, pero no tengo receta”. Y le contestan: “Bueno, no importa. Tomá”. Entonces, en la receta anterior le pone “por 2” y marcha. Estos casos son los que creo que resultan problemáticos.

Por otro lado, tenemos al consumidor compulsivo; es la persona que perdió totalmente la voluntad de abstenerse de consumir alguna cosa. Esa persona, inevitablemente, va a beber o a consumir drogas porque

tiene un mandato orgánico. Me gustaría que ustedes experimentaran por lo menos una sola vez en la vida lo que es el síndrome severo de privación del alcohol. ¡Es terrible y no hay voluntad que lo aguante! No sé si saben que al ingresar el alcohol al cerebro se convierte en un opiáceo, es captado por receptores de opiáceos; o sea que, en el fondo, está medio emparentado con los opiáceos: con la heroína, con la morfina, etcétera. ¡El síndrome de privación del alcohol es terrible! Si la persona que tiene dependencia del alcohol no recibe un abordaje médico adecuado, puede morirse.

El otro aspecto en el que también estamos de acuerdo tiene que ver con las alternativas de tratamiento. Lo que yo hago tiene pocas posibilidades de ser masificado, porque encaro un tratamiento personalizado; a cada persona que me llega la trato individualmente. ¿Está haciendo un síndrome de deprivación? Primero, hay que hacer un chequeo médico; después empezamos. ¿No hace síndrome de deprivación? ¿Cuánto lleva sin alcohol? ¿Seis días sin tomar? Está bien; ya pasó la etapa peor. Vamos a ver si puede seguir. Todo es personalizado. Como decía el Diputado Radío, eso no se puede hacer para 3.000 personas.

SEÑOR AMARILLA.- Le agradecemos su presencia. Solicitaríamos que dejara en poder de la Comisión la documentación que manejó.

SEÑOR RAPELA.- También les dejaré un libro que escribí, para que lo fotocopien.

(Se retira de Sala el señor Rapela)

(Ingresa a Sala una delegación del Colegio de Abogados del Uruguay)

(Ocupa la Presidencia la señora Representante Tourné)

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión Especial sobre Adicciones tiene mucho gusto en recibir a una delegación del Colegio de Abogados del Uruguay, integrada por los doctores Hoenir Sarthou y Jorge Pereira Schurmann. Esta Comisión trata un abanico amplio y complejo de temas; a medida que avanzamos nos damos cuenta dónde nos metimos.

Con ustedes pretendemos tratar los aspectos relacionados con lo legal, porque se han presentado algunos proyectos de legalización, de consumo, de internación compulsiva, etcétera.

SEÑOR SARTHOU.- La primera aclaración que quiero hacer es que con el doctor Pereira Schurmann que es penalista y va a asumir la parte técnica de la exposición desde el punto de vista de los abogados que trabajan en el área traemos una posición formal del Colegio de Abogados del Uruguay, que no involucra nuestras opiniones personales.

De alguna manera, hay que centrar el asunto en la problemática que genera para los abogados la aplicación de la normativa vigente en materia de consumo de estupefacientes. Es un área compleja. Yo no me dedico a esa área, pero es inevitable que uno tome contacto con ella, porque las consultas llegan y los problemas se plantean. Además, el consumo está en todos los niveles sociales y culturales, y, si bien las consecuencias son distintas según la extracción social de la persona, el problema está.

Una especie de queja sistemática de los abogados en esta materia es el problema de la imprecisión con que se resuelven ciertas situaciones. Es decir, cuando a uno lo consulta una persona muy joven acerca de si puede tener problemas al consumir, es muy difícil contestar, porque si bien el consumo de determinadas sustancias no está penalizado, en los hechos, hay una serie de impedimentos. El hecho de que para poder acceder a aquellas sustancias que va a consumir tenga que estar en contacto con personas que están delinquiendo y el hecho de que el Juez es quien determina si la cantidad de sustancia que se le encuentra es para el consumo o para el tráfico lo que puede generar la privación de libertad determinan que sea muy difícil dar consejos claros o indicar qué puede pasar desde el punto de vista jurídico ante la situación del simple consumo; y ni hablar si hay un destino de comercio. Esto genera un problema práctico: es muy difícil responder consultas sobre este tema.

El otro problema grande es el grado de discrecionalidad que se plantea, porque la legislación deja a criterio del Juez encuadrar una situación concreta en el plano del tráfico o del consumo. Eso cambia radicalmente las

consecuencias, y no hay parámetros objetivos para definirlo.

La posición del Colegio de Abogados del Uruguay el doctor Pereira Schurmann la va a exponer y desarrollar con mayor conocimiento de causa es que en todos aquellos aspectos en que se pueda ver afectada la libertad de las personas, es imprescindible que haya reglas claras y que exista la garantía de la intervención judicial. Esta es una preocupación, porque, por más que uno lo llame internación, cuando la persona pierde la libertad ambulatoria, se genera una situación que es vivida como una agresión a los derechos y las libertades. La mínima garantía que los abogados consideramos necesaria es que haya intervención judicial en el asunto.

El otro punto fundamental es que haya claridad en las reglas.

Me voy a permitir hacer una última consideración casi por la negativa, y lo conversábamos antes de entrar con el doctor Pereira Schurmann. Me refiero al hecho de que en Uruguay hay antecedentes de tratamiento de problemas sociales complejos, como el alcohol y el juego, que históricamente se han resuelto con parámetros distintos a los que hoy se están aplicando en materia de drogadicción. La sugerencia es no olvidarnos de la historia de Uruguay en la resolución de problemas que han sido muy complejos.

SEÑOR PEREIRA SCHURMANN.- Cuando nos convocaron para hablar del tema de las adicciones y nos hicieron llegar las intervenciones de todas las delegaciones que recibieron, creímos que era importante ser claros en dividir la problemática en distintas aristas, porque a veces las cosas están mezcladas y se pueden generar confusiones.

El problema del consumo y el tráfico de estupefacientes ya vienen regulados desde 1974 con la Ley Nº 14.294, que sigue modelos internacionales como son las Convenciones de Viena y de Nueva York. Esa normativa tuvo luego una evolución. En sus orígenes, estaba más enfocada al problema del consumidor, al problema sanitario y al control de las distintas sustancias. Por ende, en el marco de aplicación de esa ley, cuando empezaron las modificaciones que involucraron o incorporaron toda la materia de lavado, que fue la segunda etapa, también siguiendo otras convenciones internacionales dirigidas a controlar el tráfico o el comercio de los precursores químicos y sustancias químicas, fueron cambiando la realidad y la práctica policial y judicial.

Básicamente, desde 1974 hasta los años noventa y cinco, las estrategias policial y judicial estaban orientadas básicamente a la persecución de los consumidores, porque la realidad en materia de consumo de drogas era muy distinta a lo que es hoy. Era mucho más limitada; se reducía a la marihuana y a la cocaína, que fue surgiendo en determinado momento. En aquella época, el caso tradicional era la detención de muchachos a los que se encontraba en barra, en la fumata colectiva, y se los trataba como adictos, aun cuando no lo eran. Era muy común que chicos de 18, 19 y 20 años fueran detenidos; el que traía el porro a la fumata era el suministrador, y, por ende, iba preso por suministro. Toda la investigación era para ver quién había llevado el porro a los demás. Mientras tanto, los que habían consumido eran internados en el Vilardebó y después eran liberados mediante promesas y certificados de psicólogos o psiquiatras. Los padres traían los certificados y los abogados los presentábamos, diciendo que debían sacarlos de ese lugar, que se iban a portar bien y que les haríamos un seguimiento. Y los Jueces, con sentido común, preferían sacar a estos chicos de lugares como el Vilardebó, Cárcel Central o COMCAR que no eran lo que son hoy sino otras cosas afortunadamente muy distintas, y los iban liberando. Esa era la realidad penal del mercado de estupefacientes, salvo la de algún pequeño traficante que, de repente, estaba detenido mucho más tiempo. Asimismo, se daba toda la discusión que habrán oído de si se trataba del artículo 35 o del 34, porque uno trataba los delitos excarcelables y todos los demás no. Ese fue un momento de la historia muy romántico en cuanto al enfoque del problema.

¿Qué funcionaba en aquella época para el tratamiento de las adicciones? La Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías, que estaba en un despacho debajo de una escalera en el Ministerio de Salud Pública. Tenía una persona que iba periódicamente a visitar al muchacho a la cárcel, le hacía llenar un formulario, y más o menos hacía el informe. Ese era el tratamiento que se le daba al tema. A veces, cuando había que darle la libertad a un chico, faltaba el informe de Toxicomanías porque no había psicólogo o psiquiatra o estaba de licencia; se trataba de un problema muy reducido.

Obviamente, después el fenómeno de la droga se fue extendiendo y cambiando; creo que la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías ya no opera más, a pesar de que en la ley tiene un rol y funciones que cumplir. También cambió la problemática de la droga. Hoy ya no se trata de marihuana y cocaína sino del

fenómeno de la pasta base, que genera trastornos de salud muchísimo más graves los especialistas se los habrán contado y obliga a enfocar el problema de las adicciones de manera distinta. Aquellos eran simulacros de tratamiento para gente que era tratada como enferma pero que hoy nadie consideraría como tal. Hoy, a nadie se le ocurriría ordenar la detención de un chico que puede agarrar algunos gramos de marihuana. Creo que nos fuimos adaptando a ver esa realidad.

Lo mismo pasó con la aplicación de la ley de estupefacientes desde los años noventa o noventa y uno. La estrategia fue variando policialmente, se encaró más el tema del tráfico, cada vez más grande, y se fueron discriminando estas situaciones de las situaciones tradicionales de consumo personal o grupal.

Inclusive, en estos tiempos estuvo hablándose del cultivo para consumo personal. Hay un montón de sentencias de los Tribunales de Apelación que fueron discriminando los actos destinados al tráfico de estupefacientes de los actos destinados al consumo. Inclusive, se relativizó la cantidad de droga, sustancias, arbolitos o plantitas que se tenían en las casas, porque lo importante era para qué se tenía esas drogas, no tanto la cantidad. Por ejemplo, a veces, se intentaba explicar la cantidad diciendo que si uno se va a veranear a Punta del Este todo un mes y no tiene sus bocas habituales de venta es lógico que se provea de la sustancia necesaria.

Todo eso se fue analizando con un criterio de razonabilidad y se fueron discriminando la persecución de actos de tráfico grandes o chicos de la persecución de actos de consumo.

Pero seguía sin abordarse el problema de las adicciones. Ese cambio de estrategia hizo que todo eso que se hacía respecto a la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías, a la internación en el Vilardebó, etcétera, en la práctica, se fuera dejando de lado. Prácticamente no se internaba, más bien, se liberaba a los consumidores dejando fuera del sistema el problema de potenciales adictos, pero se trataba de otra sustancia; era marihuana, eran los inicios de la cocaína, no era lo que es hoy.

La idea de plantear este panorama va más allá de entrar en el tema de la legalización o no de las drogas, que creo que no está tan vinculado al tema adicciones sino a la política criminal general. Hoy, la legalización de la droga implica fenómenos mucho más complejos que están estudiados, que nada tienen que ver con las drogas, como el lavado, que implica ya el control de mecanismos o temas financieros y el funcionamiento de la economía en general por el impacto que puede tener el peso del dinero de la droga en las distintas economías de los distintos países.

Eso va marcando la evolución que todo esto ha tenido. Hoy en día la estrategia policial está mucho más orientada a los casos de lavado, de gran tráfico de estupefacientes, que a la pequeña persecución de bocas. Esto es razonable en cierto sentido, pero también ha alejado la acción del sistema del problema de las adicciones y la pasta base, porque, en los hechos, el consumidor de la pasta base es cada vez menos sometido al sistema, ya que se está buscando al que la proporciona, no al que la consume. Por eso queríamos distinguir el consumo del tráfico y del fenómeno de las adicciones y su tratamiento.

Analizando la legislación en materia de adicciones, uno ve que hay una gran dispersión. Tenemos la vieja Ley de Psicópatas Ley Nº 9.581, la Ley de Vagancia, Mendicidad y Estados Afines, que, si bien persigue otra cosa, también tiene algunos artículos que refieren al tratamiento de los que sean entendidos como adictos, e, inclusive, la Ley de Estupefacientes, que en su artículo 40 le da la potestad al Juez de disponer la internación de alguien a quien mediante los informes considere como adicto, con lo cual ahora se plantean dos problemas. Primero, esta es una solución acotada al problema de las drogas, no es una fórmula general que se extienda a otras adicciones que pueden existir, y, segundo, se genera el problema de qué hacemos, dónde depositamos o cómo tratamos a esas personas que estén en situaciones de adicción.

Hoy existe una dispersión de normas con una terminología que, seguramente, los psiquiatras y psicólogos dirán que no tiene nada que ver con la realidad actual, con una serie de instituciones como la del Inspector General de Psicópatas que seguramente no exista más, con referencias a instituciones que ya no existen, y vemos con muy buenos ojos la iniciativa del Parlamento porque toma la iniciativa de tratar de modernizar la legislación y concentrarla en normas que permitan trasmitir a los operadores y al público en general un mensaje claro de qué es lo que se puede hacer y cómo abordar estas situaciones. Esto me parece muy bueno. Tampoco creemos que haya que aprobar normas que cambien sustancialmente las que existían, sino que hay que adecuarlas a los criterios actuales en materia de garantías. En efecto, si se analiza la ley de psicópata, se advertirá en el discurso de aquella época que regía el criterio del estado asistencialista de tratamiento, que de

alguna manera relegaba las garantías a un papel secundario. El código de instrucción criminal vigente en aquella época también, comparado con las normas actuales en materia de protección de garantías individuales, era prehistórico. Evidentemente, el sistema de aquella época estaba imbuido en esa realidad.

Por eso, para nosotros, como Colegio de Abogados, como aplicadores del sistema, es importante que la normativa que se proyecte, como dijo el doctor Sarthou, respete o vaya en línea con el modelo político criminal y de protección de garantías que se viene siguiendo en materia procesal penal, que creemos que es el ámbito natural donde debe resolverse cualquier mecanismo. Aun en la solución de un problema de adicciones importa la limitación de la libertad de las personas.

Creo que este es el eje: adaptar ese modelo a un procedimiento rápido, efectivo, fácilmente accesible para las personas. Como dijo el doctor Sarthou, se supone que en un Estado de derecho lo fundamental es que todas las personas conozcan sus derechos y, evidentemente, los primeros informantes del alcance de esos derechos son los abogados, porque nadie va a la Suprema Corte de Justicia a preguntar a un Ministro cuáles son sus derechos, sino que pregunta a su abogado.

Entonces, a nuestro entender, como operadores del sistema, como primer fuente de información del Derecho, cumpliendo un papel social, si se quiere, desde ese punto de vista, es imprescindible que se establezcan normas claras, en primer lugar, para quienes, como en este caso, están sufriendo el problema de las adicciones. No me refiero solo el propio adicto, que podría estar en una situación de inconsciencia, sino fundamentalmente a su entorno familiar y social. Es imprescindible que estas personas tengan claridad de lo que pueden hacer, adónde deben recurrir y en qué condiciones tienen que hacerlo. Por eso hablo de un mecanismo fácilmente accesible, no sometido a requisitos burocráticos o problemas de funcionamiento y de presupuesto, que es lo que siempre pasa, para que los mismos adictos o supuestos, porque muchas veces hemos visto en la práctica víctimas de una especie de maniobra de internación compulsiva en medio de un conflicto familiar por bienes o plata, etcétera puedan tener fácil acceso para que se defiendan sus garantías.

Evidentemente, la otra parte, que es la más cara y difícil en estas cuestiones, es establecer un sistema de abordaje del problema, tanto público como privado, o mixto. Suponemos que deberá estar vinculado al Sistema Nacional Integrado de Salud, porque esto pasa a ser un problema sanitario; no nos podemos meter mucho en esta área porque no es nuestro “metié”, solo en el ámbito procesal. Es decir, se trata de concebir mecanismos de solución para que cuando se genere una situación de conflicto sea fácilmente accesible para toda la gente, no solo para los abogados.

Sin duda, el principio esencial es el control judicial, que actualmente ha sido mucho más intenso. Hoy tenemos un sistema judicial mucho más garantista que hace veinticinco años, no solo por la ratificación del Pacto de San José de Costa Rica o las últimas modificaciones del Código del Proceso Penal, que han sido muy importantes, sino sobre todo porque culturalmente el medio judicial ha asumido y venido absorbiendo todas estas tendencia y hoy se hacen cosas naturalmente que hace veinte años eran impensables en materia penal.

Entendemos que las modificaciones o, por lo menos, el “aggiornamiento” del sistema de tratamiento de las adicciones, sobre todo el que tiene que ver con la vía compulsiva, debe seguir ese mismo lineamiento garantista, de acceso a la Justicia de todos, o esos principios que por suerte hoy todos compartimos y podemos disfrutar. Dejo de lado el problema presupuestal de cómo y cuánto, que evidentemente es muy importante y que se enlaza con lo que dijo el doctor Sarthou en cuanto a lo que ha sido la historia del país en el manejo del juego, del alcohol y del tabaco. Uno supone que si el Estado se beneficia a través de los impuestos que aplica a todas esos comportamientos, tan nocivos como podría ser la droga ilegal, pero socialmente tolerado, existe cierta afectación para encarar los problemas que generan las adicciones de cualquier naturaleza.

Un psiquiatra americano, Thomas Szasz, decía y siempre lo repetimos en Facultad que hay que entender que los problemas sociales no tienen solución. Los únicos problemas que tienen solución son los matemáticos, porque dos más dos es cuatro y nada más. Cuando uno enfoca un problema social, su aparente solución que podrá parecer muy benigna necesariamente generará nuevos problemas y, lamentablemente, es la consecuencia ineludible de la dinámica social y por la cual ustedes están contratados para ser ágiles en la reacción y tratarlo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me interesa subrayar algunas apreciaciones de quienes nos visitan, porque creo que es muy importante tenerlas en cuenta.

El cometido de esta Comisión no es legislar, pero sí muy probablemente recomendará al plenario alguna adecuación legislativa.

Entonces, me preocupa la "inorganicidad" que describió el doctor Pereira Schurmann, sobre todo en cuanto a la ley de estupefacientes, porque todo queda librado a la casi irrestricta discrecionalidad del Juez, porque no establece montos ni nada. Es decir, depende de la concepción personal del Juez si considera a alguien consumidor o traficante.

Entonces, estamos de acuerdo con que es necesario "aggionar" en el tema de garantías, en derechos humanos, etcétera, de todas las partes, sobre todo con que el mecanismo sea conocido, rápido, efectivo y fácilmente accesible. El entrevero legal hace que la gente que necesita más apoyo no sabe qué hacer, a quién recurrir ni tiene posibilidades de hacerlo. No me meto en el problema de los tratamientos, etcétera.

El doctor Sarthou dijo que una intervención judicial, cuando se va a lesionar la libertad de una persona, en este caso, por ejemplo, con una internación compulsiva, es fundamental. En ese sentido, quiero saber cómo decide el Juez. En una materia tan difícil como la adicción quiero saber si dejamos exclusivamente el caso en manos del Juez o si este Juez requiere alguna opinión. ¿El Juez tiene especialización en adicciones?

SEÑOR SARTHOU.- Como dijo el colega Pereira Schurmann, como en tantas áreas, el Juez no tiene conocimiento de la materia, pero eso le pasa cuando resuelve un juicio sobre construcción, exportación de productos alimenticios, etcétera. Es decir, se basa en peritajes o en informes técnicos.

Es importante que la decisión sea finalmente tomada por el Juez, por lo que tiene que ver con el control de las garantías. Nadie está planteando que el Juez esté capacitado para resolver técnicamente.

SEÑORA PRESIDENTA.- En realidad, ya conocía su respuesta, pero quería que constara en la versión taquigráfica.

Inclusive, he leído algunos proyectos que proponen que oficiales de la Policía hagan el primer diagnóstico clínico, lo que para mí es absolutamente imposible

Mi pregunta iba en el sentido de las garantías.

SEÑOR PEREIRA.- Cuando uno lee la ley de psicópatas puede ver que se establece la posibilidad de que la Policía intervenga en los ámbitos rurales. Pero, tenemos que adecuarnos a la realidad actual. Las comunicaciones no son las mismas que existían en el año 1930, ya sea en las carreteras, en los teléfonos, etcétera. Entonces, hoy no se puede pensar que en un país chico como el nuestro no pueda existir un rápido acceso a un sistema judicial, en el que el Juez actúe apoyado en un grupo de técnicos cada vez más especializados en las distintas problemáticas como, por ejemplo, psiquiatras o psicólogos dedicados al abordaje de adicciones. Hoy podemos tener una rápida respuesta del sistema, no solamente del Juez; los Jueces están comunicados permanentemente a través de los celulares. Además, es posible armar un esquema sin que tenga que estar en el Juzgado las veinticuatro horas. La garantía judicial es la garantía del sistema judicial. Obviamente que la decisión final la tiene el Juez luego de tener los debidos asesoramientos.

SEÑOR SARTHOU.- En nombre del Colegio de Abogados agradecemos a la Comisión habernos invitado a participar. Quedamos a las órdenes no solo quienes estamos hoy aquí, sino otros miembros del Colegio que pueden tener un mayor grado de especialización y experiencia en los temas, para realizar cualquier colaboración.

SEÑOR PEREIRA.- El Colegio tiene interés en participar no solo de esta manera, intercambiando opiniones. Deseamos ofrecer al Parlamento la posibilidad de conformar una Comisión para el tratamiento de cualquier problema y trabajar en proyectos específicos con los distintos actores. Inclusive, podríamos tratar de coincidir con la Suprema Corte de Justicia, la Asociación de

Magistrados, Fiscales, etcétera. En realidad, más que un ofrecimiento es una deuda del Colegio, que asumimos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos enormemente la visita y el ofrecimiento. Muchas veces necesitamos la colaboración de quienes operan en el sistema.

Personalmente quiero agradecerles, porque a veces uno habla sobre leyes en abstracto y no conoce la dificultad que vive quien tiene que hacerse cargo para adecuarlas.

Ahora que nos dieron permiso, seguramente que los molestaremos.

Les haremos llegar la versión taquigráfica de esta sesión.

(Se retiran de Sala los representantes del Colegio de Abogados)

(Ingresa a Sala el doctor Diego Camaño)

SEÑORA PRESIDENTA.- Tenemos mucho gusto en recibir al doctor Camaño, luego de esperarlo en ocasiones anteriores. Quizá sea una estrategia para aumentar nuestras ganas de escucharlo.

SEÑOR CAMAÑO.- Pido disculpas por las dos veces anteriores que no pude asistir. Estuve en falta y lo reconozco; no se trata de ninguna estrategia.

Este es un tema que me interesa mucho y que lo vengo siguiendo hace aproximadamente diez años.

Soy plenamente consciente de que la formación de esta Comisión se debió a las consecuencias que tuvo la presentación del proyecto Semproni así lo llamaría yo, sobre el que muchas personas e instituciones manifestaron su desacuerdo. En el debate público que se dio sobre ese proyecto yo manifesté mi desacuerdo y las razones que tenía.

De todos modos, creo que lo mejor para una democracia es que existan acuerdos y desacuerdos. Inclusive, Jeremy Waldron, uno de los filósofos y políticos más importante de la actualidad, dice que es más importante el desacuerdo que el acuerdo. Que si no existen estas dos variables no se pueden construir políticas públicas serias y razonables.

También sé que hay en danza otros proyectos, uno del señor Diputado Iturralde Viñas y del otro no recuerdo su autor. Pero no voy a hablar de ellos, sino que me voy a referir a la temática en general de las adicciones y, sobre todo, de las drogas. La palabra adicciones la dejaría entre paréntesis.

Lo primero que quiero señalar es que, en este tema, estamos inmersos en una realidad internacional; hay una política criminal internacional que está liderada por Estados Unidos y las Naciones Unidas. A mi juicio, en el caso de las Naciones Unidas es bastante paradójico, ya que esta organización está sustentando las posiciones más represivas de una política que es prohibicionista en relación al tráfico de determinadas sustancias.

La política criminal internacional es de corte prohibicionista y tiene una influencia decisiva en las legislaciones nacionales. Las Convenciones de Viena y Nueva York de 1969 y 1971, fueron la antesala de nuestro Decreto-Ley Nº 14.294, aprobado en 1974 si no me falla la memoria, en plena dictadura militar. Paradójicamente, pese a que existía un régimen de corte autoritario, dictatorial, que se colocó afuera de la Constitución y que violó sistemáticamente los derechos humanos, es una legislación más liberal que otras en el continente. Es una legislación que no castiga el consumo ni la tenencia de cantidades razonables para el consumo personal. Ese es, de por sí, un aspecto que hay que marcar como positivo en la legislación del Uruguay.

Luego, vino el segundo momento de la política criminal, que fue la Convención de Viena de 1988, que fue decisiva para la Ley Nº 17.016, aprobada en 1998, diez años después. Hay un correlato exacto entre las Convenciones internacionales que provienen de Naciones Unidas y las legislaciones internas de los países. Esta no es una particularidad del Uruguay; en todos los países del mundo ha pasado esto, por lo menos del mundo continental europeo y anglosajón.

Entonces, para cualquier reforma que se haga, hay que tomar en cuenta estos dos contextos internacionales, porque es importante que Uruguay tenga una determinada posición en las instancias internacionales respectivas sobre este asunto de las drogas. Pienso que está muy mal hablar de drogas, porque drogas también son el alcohol y el tabaco y no están incluidas en las famosas listas de las Convenciones. Lo importante es que Uruguay debe tener una posición que sea más prohibicionista u otro modelo que es el de la legalización.

¿Quiénes son los que sacan rédito del modelo prohibicionista? No hay duda que Estados Unidos, los narcotraficantes y las burocracias. En este caso la DEA, pero también el FBI, son los que sacan partido de esta política criminal internacional de corte prohibicionista.

O sea que la guerra contra las drogas es un éxito o un fracaso, según de dónde se mire. Es un éxito para las burocracias y para las intervenciones militares llevadas a cabo por Estados Unidos en Colombia, entre otros países. Para las Naciones Unidas no sé si es un éxito o un fracaso, pero por lo menos es paradójico que mientras por un lado se enarbolan las banderas de los derechos humanos en la propia Naciones Unidas, que es una organización que, entre sus múltiples cometidos, tiene uno muy importante que es el de la defensa y promoción de los derechos humanos, quienes están logrando resultados son los narcotraficantes y las burocracias, sobre todo la burocracia norteamericana a través de la DEA. Esto mismo puede ser visto como un fracaso porque si uno lee los últimos informes de Naciones Unidas, se dará cuenta de que esta política no logró controlar ni reducir la oferta ni la demanda de drogas y los consumidores en el mundo cada vez son más.

Entonces, me parece que el gran dilema que hay es cómo uno se posiciona frente al tema éxitos o fracasos de esta política criminal internacional de corte prohibicionista.

Otro fracaso muy grande es que el prohibicionismo no protege la salud pública ni reconoce que existen usuarios con derecho, inclusive, a consumir sustancias que a uno le hagan mal. Entonces, creo que Uruguay debería pensar en cambiar esta política de corte prohibicionista por una política que vaya apuntando a la legalización. Luego podemos discutir qué quiere decir legalizar.

Otra referencia que quería hacer es a la historia de nuestra propia legislación, porque no es verdad que siempre las drogas y el tráfico de drogas estuvieron prohibidas.

El Código Penal de 1889 carecía de disposiciones específicas en torno al tema. Precisamente, encontré un artículo bastante viejo que hice hace un tiempo en el que está relatada esta evolución.

Tenemos que los dos momentos de política criminal internacional se alinean con la legislación. El Decreto Ley Nº 14.294 es la consecuencia de las Convenciones de Viena y de Nueva York de 1969 y 1971, y la Ley Nº 17.016 es consecuencia de la Convención de Viena de 1988.

Pero vamos a ver qué pasaba antes de 1974, porque el uso y el tráfico de drogas existieron siempre. No vamos a caer en la ingenuidad de que en el año 1974 o en los años anteriores comenzó el consumo de estas sustancias. El uso de estas sustancias es tan viejo como la historia de la humanidad.

El Código Penal de 1889 carecía de disposiciones específicas en la materia. Tenía un Título que se llamaba "Delitos contra la Salud y la Alimentación Pública", donde hablaba de la comercialización de mercancías peligrosas para la salud, pero jamás mencionó ninguna y jamás fue encarcelado alguien por las razones que se aplican hoy, es decir, tráfico de drogas. Estamos hablando que desde 1830 hasta 1889 no hubo directamente una legislación; no hubo ninguna norma. Luego, apareció el Código Penal de 1889, con esa norma indirecta. Posteriormente, apareció el Código Penal de 1934, que es el que está vigente, que tiene un artículo, el artículo 223, que habla del comercio del opio, la cocaína y sus derivados; allí claramente se identifica al opio como una de las sustancias.

No debemos olvidar que en 1912 hubo una Convención Internacional, la Convención contra el Opio, que fue la antesala de las Convenciones de Viena y Nueva York. Pero lo cierto es que, repito, el artículo 223 del Código Penal de 1934, actualmente vigente, refería al comercio del opio, la cocaína y sus derivados. En 1937 se aprobó la Ley Nº 9.692 que castigaba la importación, exportación y comercialización de sustancias estupefacientes cocaína, opio y sus derivados y en general de toda sustancia que en pequeñas dosis produzca dichos efectos, para cuya determinación debía acudirse al elenco reglamentario.

Luego, tenemos el Decreto Ley Nº 14.294 a que hacíamos referencia. Es la primera legislación sistemática y bastante liberal en la materia en términos comparativos.

De manera que entre 1830 y 1974, es decir, durante alrededor de ciento treinta años de la historia de nuestro país, no hubo una legislación, y ello no provocó un caos. La gente consumía y traficaba drogas, al igual que lo hace hoy. El público se puede haber escandalizado al ver la tapa de la revista "Caras y Caretas" con Julio Herrera y Reisig inyectándose morfina; en realidad, no se estaba inyectando morfina, pero posó para la foto como si lo estuviera haciendo. Esto puede haber provocado encuentros, desencuentros, declaraciones a nivel público, pero a nadie se le ocurrió citar a Herrera y Reissig a un Juzgado; a nadie se le ocurrió que eso podía ser una conducta de instigación o apología al consumo de sustancias prohibidas. Tenemos que pensar que lamentablemente nuestras cabezas han sido penetradas por un discurso prohibicionista muy fuerte, que surge a fines de los sesenta, hace apenas cuarenta años, y que se mantiene hasta hoy. Tenemos cuarenta años de prohibicionismo, versus ciento treinta años de ausencia de normas, yo no diría de legalización, porque no se legalizó nada. Lo que hubo fue un vacío normativo, y no pasó nada. Los jóvenes de aquella época, los brillantes y los no tan brillantes, siguieron haciendo las cosas que hacían, y el país funcionaba con total normalidad. Esto nos tiene que llevar por lo menos a reflexionar acerca de por qué hubo ciento treinta años de ausencia de normas y por qué estamos tan permeados por el discurso prohibicionista.

Creo que la guerra contra las drogas está perdida de antemano, porque es contra un enemigo imaginario y que hasta el presente solo ha permitido beneficios para algunos actores, como son las burocracias, que han servido para las intervenciones militares de Estados Unidos en Colombia, entre otros países, y que siguen sirviendo para condicionar apoyos financieros a determinados países, como Uruguay. La ley que refiere al lavado de activos, la Nº 17.016, está atada a determinados condicionamientos de asignaciones financieras externas.

Debemos tener claro dónde estamos situados hoy. ¿Por qué debe haber un modelo alternativo? Porque me parece que deberíamos compartir que el éxito de la DEA no es el nuestro; que el éxito de las intervenciones militares de Estados Unidos no es el nuestro; y que nos estamos olvidando de un gran tema: la persona, los derechos de los usuarios. La política prohibicionista atenta sistemáticamente contra los derechos de los usuarios; la política prohibicionista no es responsable, porque no tiene criterios de rendición de cuentas, de evaluación de lo que se hace. Cuando una política fracasa, lo que hay que hacer es cambiarla; creo que todos debemos estar de acuerdo en eso. ¿Hacia dónde debemos cambiarla? Hacia el modelo de la legalización. Legalizar no significa ausencia de normas; legalizar significa tener un marco normativo adecuado y que progresivamente se vayan liberando las sustancias. Personalmente, soy un "legalizacionista" absoluto en el sentido de que creo que todas las drogas deben ser legalizadas, controladas por el Estado. Ello, además, sería una fuente de ingresos impositivos, como sucede hoy con los cigarrillos y el alcohol. Me parece que se debería discutir un poco más sobre el modelo de la legalización. En este modelo se considera que el usuario tiene derechos y que su salud debe ser preservada.

¿Qué sucede a nivel del discurso? Hay una legitimación pseudo-científica que parte de un nexo causal entre la enfermedad mental y la peligrosidad social. Se asocia adicción, o enfermo, con delincuente o posible delincuente. Por eso no está claro si determinadas iniciativas apuntan a la seguridad o a la mejora de la salud. Y aquí sí hago una referencia breve al proyecto Semproni digamos, porque creo que apunta más a la seguridad que a la protección de la salud. Esa es una posición personal. De cualquier manera, cierro este paréntesis y sigo, porque me parece que no es la idea hablar de los proyectos.

Vuelvo a lo que decía anteriormente con respecto a lo que sucede a nivel del discurso. En primer lugar, surge este supuesto nexo causal entre la adicción y la delincuencia, que no es cierto, y voy a decir por qué. Hay una imagen inicial, un "set" predeterminado, un "chip" que tenemos en la cabeza, según el cual necesariamente existe un vínculo entre consumo y dependencia, lo cual es falso. También se parte de la base de que los adictos pertenecen a una subcultura, lo cual también es falso. Todos sabemos que en esta misma Casa hay legisladores que usan o han usado drogas lícitas e ilícitas; de manera que los adictos no pertenecen a una subcultura porque los hay en todas las capas sociales. Asimismo, en nuestra cabeza se crea un vínculo entre delincuencia y adicción, del que hablábamos y que también es falso. Por último, se asume el estado psíquicamente patológico del dependiente y la irreversibilidad de la dependencia, que también es falso. Me parece de orden decir que estoy citando a Alessandro Baratta, un criminólogo italiano que estuvo varias veces en Uruguay y que estudió específicamente desde el punto de vista criminológico y sociológico el fenómeno de las drogas. Dice Baratta: "los conocimientos científicos nos muestran, sin embargo, que esta imagen"

basada en los cuatro conceptos que acabo de mencionar “no se corresponde con la realidad y que los elementos que la componen representan más la excepción de la regla”. Se produce de este modo lo que Merton denominó “profecía autocumplida”, con base en el teorema de Thomas, según el cual si se afirma una determinada imagen de la realidad, esta imagen tiene efectos reales. Nosotros estamos siendo bombardeados todo el tiempo, reproduciendo imágenes y creando realidades a partir de esas imágenes.

Creo que luego de esta introducción se podría abrir el intercambio. No necesito ni me gusta hacer grandes discursos, pero sí podemos avanzar en los temas que a ustedes les interesen. Creo que la disyuntiva hoy es prohibicionismo y legalización. Hay que saber qué quiere decir legalizar y qué quiere decir prohibir. Legalizar no es prohibir todo. Hay que discutir si queremos un Estado terapéutico o un Estado que realmente respete los derechos de los usuarios.

Quedo a las órdenes para contestar las preguntas que puedan surgir sobre este tema.

Muchas gracias.

SEÑOR COITIÑO.- Me resultó muy claro el desarrollo hecho por el invitado, pero al final hizo cuatro afirmaciones cuyo elemento de prueba no lo explicitó. Estamos hablando de verdad o cuestión falsa. Eso requiere un mínimo de fundamentación, más allá de que uno intuitivamente pueda estar razonando en la línea de reflexión que usted plantea.

SEÑOR CAMAÑO.- La primera de esas cuatro imágenes era la existencia de un vínculo necesario entre consumo y dependencia. Esto va de la mano con la supuesta “evolución” entre comillas desde las drogas blandas a las drogas duras.

La existencia de un vínculo necesario entre consumo y dependencia ha sido destruida por la ciencia médica o por la psiquiatría. Yo tuve acceso a las versiones taquigráficas, leí lo que dijo la doctora Peirado y creo que la mejor respuesta está en sus palabras. No hay un vínculo necesario entre consumir una sustancia y ser dependiente de ella. Yo no soy dependiente del café, pero hoy como estaba cansado tomé un café grande. Yo consumo café, pero no soy dependiente de él.

La pertenencia de los adictos a una subcultura también sabemos que es una imagen que no se corresponde con la realidad porque hay adictos de clase media, baja y alta. Me parece que esa es una explicación bastante clara y nadie podría decir que los pobres son adictos y los ricos no. Eso es imposible de sustentar racionalmente.

La tercera, el comportamiento delictivo del adicto, tampoco es real, porque hay una gran cantidad de delitos cometidos por personas no adictas. Basta ir a las cárceles y ver que no todos los presos están allí por consumir drogas.

En cuanto al estado psíquicamente patológico del dependiente y la irreversibilidad de su dependencia, también sabemos que esto no es así. Las dependencias son reversibles.

Creo que en estas pocas palabras he dado las razones por las cuales esta imagen inicial que todos tenemos en nuestras representaciones, es falsa.

SEÑOR RADÍO.- En principio, quiero agradecer el aporte brindado por el invitado.

Tengo coincidencias globales y dos preguntas que me generan dudas.

Una de ellas se vincula al tema de los consensos internacionales. En términos generales, es sano que las legislaciones nacionales sean consecuentes con las convenciones internacionales. Sería muy peligroso que uno fuera por ahí a probar en convenciones y después la legislación internacional se diera de bruces. Es verdad que eso no quita que uno pueda incidir en esas convenciones internacionales, que pueda tener una opinión disidente y que pueda intentar modificar esos consensos. Me pregunto si Uruguay está en condiciones.

Tengo a priori una posición; creo que tenemos algunas características particulares que hacen posible a Uruguay perfilarse en este tema, empezar a marcar diferencias y, por qué no, algunas legislaciones nacionales que fueran contundentes en este sentido. La premisa que debe tener esta posibilidad es que Uruguay sea capaz de construir un consenso político y social que le de espaldas para luego bancar a nivel internacional lo que implica una disidencia que rompe consensos sobre los que nadie dice nada. En general pasa al revés; las legislaciones nacionales de otros países son bastante más represivas que las nuestras.

Está la posibilidad de la legalización a mí me gusta más hablar de desprohibición, como una fuente de ingresos que, en algunos casos, pudiera apoyar alternativas terapéuticas para los pacientes consumidores. En la misma medida que existe consenso internacional y que las sustancias están prohibidas y que el narcotráfico y el mercado negro existen, siempre tengo la intuición de que Uruguay no podría cargar de impuestos en la misma medida en que permitiera sustancias, porque debe competir con el mercado negro durante un período bastante prolongado. En todo caso, para competir con éxito con el mercado negro es que las sustancias no sean caras. Que no pase como con los cigarros, que uno termina comprando lo que se trae de otros lugares porque el cigarrillo en Uruguay es muy caro.

SEÑOR CAMAÑO.- Lo que le recomendaría al Gobierno uruguayo es que se acerque a Canadá y a Bélgica que son los dos países que se están atreviendo a tratar de cambiar la visión que tiene Naciones Unidas respecto al tema. Eso es vital.

En cuanto a si la correspondencia con el Derecho Internacional es sana o no, por supuesto que es sano que un país tenga una legislación coherente con el Derecho Internacional. Ahora una cosa son los Tratados sobre Derechos Humanos y otra es este tipo de Tratados. Los Tratados de Derechos Humanos son autoejecutables, justiciables y generan responsabilidad del Estado. Los Tratados internacionales sobre Derechos Humanos tienen una tendencia jurídica diferente a la de los Tratados generales sobre Derechos Humanos, como son estos.

Además, las convenciones internacionales, la Convención de Viena y la de Nueva York tienen una cláusula que dice: "...salvo que la Constitución del Estado no lo permita o diga otra cosa". Todas tienen una cláusula de salvaguarda, para que no se cumplan en su totalidad. No hacen esas cláusulas por gusto sino porque, en ciertos temas, los Estados deben tener un margen de actuación; el que no tienen en los Tratados sobre Derechos Humanos lo tienen en otras áreas del Derecho Internacional.

Por otro lado, el artículo 27 de la Convención de Viena establece la primacía del Derecho Internacional sobre el Derecho Interno. Entonces, que no exista una correspondencia entre la legislación uruguaya y los Tratados sobre drogas, no es un problema jurídico importante porque todas esas están condicionadas a esta cláusula que nombré anteriormente.

En cuanto a la legalización como fuente de ingresos y a la competencia con el mercado negro, eso se va a dar al principio. La legalización implica un control sobre la sustancia; un control al estilo farmacéutico, un control de calidad. La sustancia que se venda en el marco de una legislación acorde con la posición legalizadora debe estar sometida a controles, para que el individuo sepa qué es lo que está consumiendo. Hoy en día, uno de los peores efectos del prohibicionismo y de la "war on drugs" es que no tenemos control sobre las sustancias, no sabemos qué es lo que los pibes están consumiendo con la pasta base. Lo sabemos genéricamente, pero no tenemos un control de calidad porque eso no es posible si la sustancia está "prohibida", entre comillas.

Creo que el Estado debe garantizar la mejor calidad de las sustancias, como se hace en los "coffeeshops" de Holanda, en los que el menú, además de la comida, incluye dos o tres hojitas en las que figuran marihuana de tal lado, cannabis de tal otro, etcétera. Le informan de todas las características para que el individuo tenga la posibilidad de optar; el que quiere, toma esa posibilidad y el que no, no la toma. Pero el Estado holandés sabe qué le está dando, y eso es proteger a los usuarios.

El precio va a bajar; no tengan dudas. Va a bajar porque resulta caro, entre otras cosas, porque está prohibido. Les puedo asegurar que va a bajar.

Se afirmó que el cigarro es cada vez más caro, y también hay que considerar eso, porque una cosa es tener una legislación tendiente a mejorar la salud de las personas y otra, que fomente lo que se acaba de mencionar

por parte del Diputado, que es la existencia de un mercado negro porque el impuesto es tan alto que mucha gente toma esta alternativa. Esto no debería pasar. Pero no quiere decir que lo que se implementó en Uruguay con relación al control del tabaco sea disparatado o prohibicionista.

SEÑOR COITIÑO.- Nuestra relación con el mundo y los compromisos que asumimos históricamente constituyen un tema muy interesante. Me parece que debemos dejar registrado que la Junta Nacional de Drogas viene participando activamente en los intercambios y que, más allá de una definición de política prohibicionista o permisiva, Uruguay viene siendo escuchado y sentando las bases para que en un momento determinado podamos tener un posicionamiento internacional distinto. Es un debate con correlaciones de fuerza en principio desfavorables, pero debemos incorporar como una realidad que Uruguay, a través de la Junta Nacional de Drogas, viene siendo escuchado como hasta hace tiempo no lo éramos, en la medida en que nuestra elaboración todavía no tenía poder ni fuerza como para convencer. Pero este debate está abierto y el doctor Camaño lo coloca bien, pues se empiezan a despejar las bases para la instrumentación efectiva de una política nacional, que tiene que ser distinta, del prohibicionismo o nada, de modo de que podamos ir construyendo un modelo que se adapte a nuestra idiosincrasia y que respete un montón de derechos de la persona. Indudablemente, la ley nunca puede agredir los derechos

Está abierto el camino, y reitero que me parece muy interesante intercambiar sobre estos aspectos.

SEÑOR CAMAÑO.- Es verdad que la Junta viene haciendo ese esfuerzo, y eso parece muy bueno. Lo que creo es que Uruguay no puede jugar solo en el concierto internacional; por eso hablé de Canadá y de Bélgica, que son dos países que tienen mucho mayor peso internacional real que el nuestro. Dije que me parecía necesario un acercamiento porque, si bien es importante que un país pequeño como Uruguay que es respetado en la comunidad internacional por su legislación de avanzada en muchos temas y por una sociedad que, en términos relativos, está mucho más integrada que otras sostenga su posición, insisto en que hay que hacer alianzas concretas con otros Estados, porque solos no podemos avanzar.

También es importante mencionar que la Junta Nacional de Drogas cambió radicalmente cuando asumió el doctor Leonardo Costa, durante la Presidencia del doctor Batlle; antes tenía una actitud absolutamente prohibicionista y totalmente alineada con Estados Unidos y Naciones Unidas. A partir de ese cambio se hizo un trabajo muy interesante que luego terminó siendo aprobado como decreto reglamentario en la Administración Vázquez, que refiere a todas las normas y protocolos de actuación que deben tener los centros de internación, que incluye un capítulo específico sobre derechos de los usuarios. Importa destacar que es la primera vez que una norma sobre este tema contiene un capítulo relativo a los derechos de los usuarios. Reitero: el trabajo que se inició antes, para el que se convocó a todos los actores de la sociedad civil, que cristalizó luego en un decreto del Ministerio de Salud Pública, también constituye un gran avance que hay que mencionar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Precisamente, iba a referirme al avance que se ha producido en cuanto a la visión sobre el tema de la droga en el período en que señaló el doctor Camaño.

Seguiremos en contacto porque nosotros tenemos que redactar un informe y tal vez recurramos a las versiones taquigráficas, o le solicitemos que vuelva a la Comisión, o que nos envíe alguna documentación.

SEÑOR CAMAÑO.- Puedo enviarles por correo electrónico algún material.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estamos encantados de mantener este vínculo en forma permanente. Esperemos que la Comisión esté a la altura de su nombre.

Muchísimas gracias por su presencia y por sus aportes.

SEÑOR CAMAÑO.- Muchas gracias a ustedes.

(Se retira de Sala el doctor Camaño)

SEÑORA PRESIDENTA.- Creo que ya ha terminado la etapa de recibir delegaciones o personalidades en la materia. Las que restan no han contestado o no tienen una relación directa con las instancias de tratamiento.

Esta es nuestra última reunión de diciembre, y la Cámara ya ha aprobado la prórroga de tres meses que solicitamos, plazo que comienza a correr a partir de marzo.

Tenemos todas las versiones taquigráficas de todas las sesiones, a las que habrá que pegarles una leída. Además, hablaremos con los compañeros asesores para ver cómo podemos ordenar toda la información y realizar un informe. Sería bárbaro llegar a un informe consensuado; lo pudimos hacer en un tema más ríspido claro, en otro año, como el de la seguridad ciudadana.

A partir de marzo, empieza nuestro trabajo, que es la instancia de sentar posición, de debatir y de elaborar el informe que tendremos que presentar a la Cámara. Si seguimos dilatando y pidiendo prórroga, no estaríamos haciendo un trabajo serio. Recibimos toneladas de información nos hemos acercado a casi todo lo que hay en la materia, pero no tuvimos el tiempo necesario para desglosar la información. La idea es tener un informe lo antes posible para presentar al plenario de la Cámara.

Les agradezco que nos hayan acompañado.

Se levanta la reunión.